ITEM 184 : ASTHME DE L'ENFANT

Asthme chez l'enfant : **8%** des enfants d'âge scolaire = 1ère maladie chronique de l'enfant
- Particularité pédiatrique : - **Réalisation d'EFR** (VEMS ou DEP) possible > 6 ans, **tests cutanés allergiques** > 3 ans
  - Nécessité d'une **chambre d'inhalation** pour tout aérosol-doseur jusqu'à 6 ans
  - Traitement de fond de 1ère intention : **corticothérapie inhalée** à faible dose
  - Aucune AMM pour les **bronchodilatateurs de longue durée d'action** chez **l'enfant < 4 ans**
- Pour **l'enfant < 36 mois** : - Définition consensuelle : répétition de ≥ 3 épisodes dyspnéiques avec sifflements < 3 ans
  - Rôle majeur des **infections virales** dans le déclenchement des exacerbations
  - EFR non réalisable en routine, indication ciblée **d'exploration allergologique**
  - Ajout d'un **masque facial** à la chambre d'inhalation, voire recours à des **nébulisations** à domicile

Physiopathologie

Maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, chez un sujet prédisposé : obstruction diffuse, variable, des voies aériennes, réversible spontanément ou après inhalation de β2-mimétique
- Asthme allergique : - Maladie polygénique et poly-factorielle, survenant souvent sur un terrain atopique
  - **Pneumallergène :** acariens, pollen, phanères d'animaux domestiques
- Facteurs non allergiques : - **Infection**, surtout **virale** : facteur déclenchant et d'hyperréactivité bronchique durable
  - **Exercice** (chez 85% des enfants asthmatiques)
  - **Inhalation buccale d'air froid et sec**
  - **Polluants atmosphériques** : **tabagisme parental** principalement

Diagnostic

- Signes évocateurs : **dyspnée expiratoire, wheezing, sibilants, toux, gêne respiratoire**

Asthme du nourrisson < 3 ans

= Défini par **≥ 3 épisodes dyspnéiques** avec **sibilants**
- Quels que soient l'âge de début, l'existence de signes d'atopie ou la cause déclenchant des épisodes
- Bon pronostic (asthme transitoire) : - Sexe féminin
  - Tabagisme maternel durant la grossesse
  - Absence d'atopie familiale ou de sensibilisation allergénique

Asthme du jeune enfant et de l'adolescent

- A évoquer si : - Episodes récidivants de **dyspnée expiratoire** avec **sibilants**
  - Episodes de **toux nocturnes**, surtout en 2nd partie de nuit, réveillant l'enfant
  - Episodes de **toux** ou **sibilants** après l'effort ou équivalent (rire, pleurs)
  - Episodes de **toux**, **sibilants** ou **gêne respiratoire** après exposition à des allergènes
- **Terrain atopique personnel** (dermatite et/ou rhinoconjonctivite atopique) ou **familial**
- Disparition des symptômes **spontanée** ou **avec bronchodilatateur**

Retentissement clinique

- Fréquence des **exacerbations**
- Fréquence des **symptômes inter-critiques** : toux ou sifflement diurne, nocturne, à l'effort ou équivalent (rire, pleurs), retentissement sur les activités, gêne à la pratique sportive, absentéisme scolaire, consommation de β2-mimétique

DD

Signes d'alarme

- Terrain particulier : prématuré, déformation thoracique, cardiopathie connue
- Début très précoce, dès le 1er mois de vie
- Absence d'intervalles libres asymptomatiques
- Signes inter-critiques : **stridor, cornage, dyspnée aux 2 temps, wheezing, bronchorrhée**
- Signes extra-respiratoires : **souffle cardiaque, dyspnée d'effort, cassure staturo-pondérale, diarrhée chronique, fausses routes, infections ORL bactériennes récidivantes**
- Echec de traitement bien conduit

Obstruction des voies aériennes proximales

- **Trachéomalacie, bronchomalacie**
- **Corps étranger inhalé**
- **Anomalie des arcs aortiques**
- **Kyste bronchogénique**
- **Sténose trachéale, sténose bronchique**
- Compression **: tumeur, ADP, granulome**

Obstruction des voies aériennes distales

- **Mucoviscidose**
- **Dysplasie bronchopulmonaire**
- **Dyskinésie ciliaire primitive**
- **Bronchiolite oblitérante** (séquelle grave de virose)

Autres

- **Pathologie d'inhalation** : **RGO, fistule oeso-trachéale, trouble de déglutition**
- **Cardiopathie congénitale** : shunt gauche-droite, cardiomégalie
- **Pneumopathie** en contexte d'immunosuppression

PC

- **RP de face** (± cliché en expiration si doute sur asymétrie) : systématique, en période inter-critique
- **EFR** contributif chez l'enfant > 3 ans en cas de doute diagnostique : **syndrome obstructif réversible**, ou mise en évidence d'une **hyperréactivité bronchique**
- Diagnostic différentiel : **endoscopie bronchique, scanner thoracique, pH-métrie des 24h, test de la sueur, examen ORL spécialisé, bilan immunitaire…**

Diagnostic

PC

Explorations fonctionnelles respiratoires

- Non recommandé chez l'enfant < 3 ans (sauf cas rare)
- **Enfant de 3 à 6 ans** = incapable de réaliser des manœuvres respiratoires forcées : mesure des résistances des voies aériennes au cours de la ventilation spontanée = techniques spécifiques de **pléthysmographie corporelle**, **interruption du débit aérien** ou **oscillations forcées**
- **Enfant > 6 ans** = capable de réaliser des manœuvres respiratoires forcées : **courbe débit/volume** classique avec mesure de CVF et VEMS

→ Le débit expiratoire de pointe (DEP) au *peak flow* n'est réalisable que chez l'enfant **> 6 ans**

Indication

- **Asthme intermittent** : au diagnostic en cas de doute
- **Asthme persistant léger** : suivi 1 fois/an
- **Asthme persistant sévère** : suivi tous les 6 mois

Résultat

- **Trouble ventilatoire obstructif** : VEMS < 80%, Tiffeneau (VEMS/CV) **< 0,8**
- **Réversible après bronchodilatateur de courte durée d'action** : ↗ VEMS > 12%

± **Hyperréactivité bronchique** lors d'un test de provocation à la métacholine

Enquête allergologique

- **Anamnèse** : lien entre l'exposition allergénique et la survenue des symptômes
- **Prick-tests** en 1ère intention
- **Dosage des IgE spécifiques** : seulement en cas de discordance entre la clinique et les prick-tests ou en cas de prick-tests de réalisation ou d'interprétation impossible
- **Tests multi-allergéniques *in vitro*** (Phadiatop® pour les allergènes respiratoires, Trophatop® pour les allergènes alimentaires) : en cas de réalisation difficile des tests cutanés

Indication

- **Tout asthmatique > 3 ans**
- Asthmatique **< 3 ans** si :- Signes respiratoires persistants, récidivants ou sévères
  - Nécessité de traitement continu
  - Signes extra-respiratoires atopiques

CRISE D'ASTHME

- **Crise d'asthme** = accès paroxystique de durée brève, cédant rapidement, spontanément ou après inhalation de BDCA
- **Exacerbation asthmatique** = persistance de symptômes respiratoires **> 24h**, de début progressif ou brutal
- **Asthme aigu grave** = crise d'asthme ne répondant pas au traitement ou d'intensité inhabituelle

C

FdR d'asthme aigu grave

- Jeune enfant **< 4 ans** ou adolescent
- Syndrome d'allergie multiple, allergie alimentaire, allergie médicamenteuse (aspirine)
- Mauvaise perception de l'obstruction
- Déni de l'asthme, mauvaise observance, troubles socio-pathologiques
- Antécédent d'hospitalisation en réanimation
- Asthme instable, consommation anormalement élevée de BDCA, augmentation des crises
- Moindre sensibilité aux thérapeutiques usuelles
- Facteur déclenchant spécifique : aliment, anesthésie, stress

Gravité	SF	SC	Comportement	Constantes	DEP (**> 6 ans**)
Légère	**Sibilants ± Toux**	Fréquence respiratoire normale	Activité normale Parole normale	SpO_2 ≥ **95%** PA normale	DEP **≥ 75%** Réponse aux β2
Modérée	**Sibilants ± Toux**	**Polypnée** Mise en jeu des muscles respiratoires accessoires	Marche difficile Chuchote 3-5 mots	SpO_2 = **90-95%** PA normale	DEP = **50-75%** Réponse aux β2
Sévère	**Sibilants** rares **MV** ↘ ou absent	FR > 30/min (> 5 ans) FR > 40/min (2 à 5 ans) **Détresse respiratoire** **Cyanose**	Activité impossible Troubles de l'élocution	SpO_2 ≤ **90%** ↘ PA	DEP **≤ 50%** Faible réponses aux β2

PC

→ Indication de bilan complémentaire non systématique

- **RP** si : 1er épisode, fièvre, anomalie auscultatoire (crépitants localisés, asymétrie auscultatoire) ou crise sévère justifiant une hospitalisation
- **Biologie** selon le contexte : **NFS, CRP** (sepsis), **ionogramme** (hydratation, **hypokaliémie** en cas d'administration importante de β2-mimétiques), **GDS** (recherche d'hypercapnie en réanimation)

TTT

→ **Hospitalisation** selon : - Le terrain et les antécédents (facteurs de risque d'asthme aigu grave)
- La gravité clinique, l'évolution, la réponse aux traitements
- L'impossibilité de recours aux soins ou l'environnement social

Mesures générales

- Mise en condition : **libération des VAS, position demi-assise, monitoring cardio-respiratoire**
- **Oxygénothérapie** adaptée à la saturation en O_2
- En cas de signes de gravité extrême : **pose d'un abord veineux, contact du réanimateur**

CRISE D'ASTHME

TTT

β2-mimétiques de courte durée d'action	= Traitement de 1ère intention, quel que soit la gravité, préférentiellement par voie inhalée - Molécule : **salbutamol** (Ventoline®) ou **sulfate de terbutaline** (Bricanyl®) - Modalités : - **Aérosols-doseurs avec chambre d'inhalation** : - **1 bouffée à 100 µg/2 kg** - Au maximum 10 bouffées - **Nébulisation** (avec **O_2** à **6-8L/min**) : **150 µg/kg** d'équivalent salbutamol - Répété **toutes les 20 minutes** pendant **1h**, puis réévaluation clinique
Anti-cholinergique de synthèse	= Indiqué en cas de crise d'intensité sévère, associé aux BDCA - **Bromure d'ipratropium** (Atrovent®) dans la 1ère heure de traitement : 3 nébulisations de 0,25 mg pour les enfants < 6 ans ou 0,5 mg pour les enfants > 6 ans
Cortico-thérapie orale	= Indication systématique en cas de crise d'asthme sévère, et souvent en cas de crise modérée - Préférentiellement par voie orale, ou voie IV si vomissements ou troubles de conscience - Molécule : **bétaméthasone** (Célestène®), **prednisone** (Cortancyl®), **prednisolone** (Solupred®) - Posologie : **1 à 2 mg/kg/j** d'équivalent prednisone, maximum **60 mg**, en 1 prise - Durée : sur **3 à 5 jours** avec décroissance progressive
Autres	- Réservé aux crises sévères en USI/réa : **salbutamol IV**, **sulfate de magnésium IV** - Antibiothérapie rarement indiquée, même en cas de crise sévère ou fébrile (généralement virale) → Non indiqué : **kinésithérapie respiratoire**, **mucolytique**, **sédatif**
Suites	- **Retour à domicile** possible si - FR ≤ 30/min (si âge > 2 ans) et absence de signe de lutte respiratoire - DEP ≥ 70% de la théorique de l'enfant - Compréhension du traitement, proximité d'un hôpital - **Ordonnance de sortie** (si non hospitalisé) : **poursuite des inhalations de BDCA** pendant **5 à 7 jours** (jusqu'à disparition des symptômes) et des **corticoïdes oraux** si prescrits - **Consultation** avec le médecin traitant dans les 48h : réévaluation clinique, indication de TTT de fond - 1er épisode : **techniques d'inhalation, conseils de prévention** (éviction des facteurs déclenchant), CAT en cas de réapparition des symptômes (**plan d'action**)

TTT de fond

Sévérité	**Intermittent**	**Persistant léger**	**Persistant modéré**	**Persistant sévère**
Symptômes	< 1/semaine Asymptomatique	≥ 1 fois/semaine ± Activité gênée	≥ 1 fois/jour Activités gênées	Permanent Activité physique limitée
Signes nocturnes	≤ 2 fois/mois	> 2 fois/mois	> 1 fois/semaine	Fréquent
DEP ou VEMS Variation du DEP	**≥ 80%** < 20%	**≥ 80%** 20 à 30%	**60 à 80%** > 30%	**< 60%** > 30%

Moyens thérapeutiques

Corticoïdes inhalés	= Base du traitement de fond : indiqué en cas d'asthme persistant - Molécule : **fluticasone** (Flixotide®), **budésonide** (Pulmicort®), **béclométasone** (Bécotide®) - **Dose minimale efficace** : - Stade léger/modéré : - **≤ 200 µg/j** de fluticasone - **≤ 500 µg/j** de béclométhasone - **≤ 400 µg/j** de budésonide - Stade sévère : **≥ 500 µg/j** d'équivalent béclométhasone - EI locaux : **candidose** (prévenue par rinçage de la bouche après inhalation), **dermite péri-orale** - EI systémique (rare) : **ralentissement transitoire de la vitesse de croissance**, possible freinage de l'axe corticotrope
Autres	= En cas de contrôle non optimal à faible dose de corticoïdes inhalés - **BDLA = salmétérol, formotérol** : AMM **> 4 ans**, privilégier une association médicamenteuse - **Anti-leucotriène = montélukast** (Singulair®) : 4 mg > 6 mois, 5 mg de 6 à 12 ans, 10 mg > 12 ans, associé aux corticoïdes inhalés en cas d'asthme persistant, ou monothérapie en cas d'asthme d'effort ou d'échec de corticoïdes inhalés pour un asthme léger chez l'enfant **> 2 ans** - **Ac monoclonaux humanisés anti-IgE** = **omalizumab** (Xolair®) : en cas d'asthme allergique persistant sévère non contrôlé chez l'enfant **> 6 ans**

Méthode d'inhalation	- **< 3 ans** : - **Aérosols-doseurs** avec **chambre d'inhalation** et **masque facial** - **Nébulisation avec générateur pneumatique** dans les formes sévères - **3 à 6 ans** : **aérosols-doseurs** avec **chambre d'inhalation** sans masque facial (respiration buccale) - **> 6 ans** : **aérosols-doseurs auto-déclenchés**, **inhalateurs de poudre**

TTT de fond	Mesures associées	- Arrêt du tabagisme passif, mesures d'hygiène en période d'infection virale saisonnière, bonne aération du domicile, éviction des animaux domestiques - En cas d'asthme allergique : **éviction des allergènes** (animal domestique, housse anti-acarien…), possible **immunothérapie spécifique sublinguale** si l'asthme est contrôlé - **Vaccination antigrippale annuelle** chez l'enfant asthmatique > 6 mois
Suivi	- Consultation tous les 3 à 6 mois (selon la sévérité et le contrôle de l'asthme) - EFR au moins 1 fois/an si enfant en âge	
	Stratégie en cas de non-contrôle	- **Vérifier l'observance** : oublis de prise des corticoïdes inhalés, corticophobie, mauvaise utilisation des dispositifs d'inhalation - **Evaluer l'éducation thérapeutique** : méconnaissance des facteurs déclenchant, défaut de contrôle de l'environnement - Reconsidérer le diagnostic d'asthme : signes d'alarmes, examens complémentaires orientés - Rechercher un facteur aggravant associé : **pathologie ORL, RGO, obésité** - Renforcer le traitement : association de **BDLA** ou **anti-leucotriène**, ↗ posologie corticoïdes inhalés → **Avis spécialisé** fortement recommandé
	Mesures associées	- **Education thérapeutique indispensable** (école de l'asthme) - **Projet d'accueil individualisé (PAI)** en école ou collectivité (pour gérer une crise d'asthme) - **PEC à 100%** dans les formes d'asthme les plus sévères